Dr R. DESPLATS

CHEF DU SERVICE D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE
A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ DE LILLE

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
FULGURATION
DANS LE
TRAITEMENT DU CANCER

RAPPORT

Fait au Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences

Tenu a Toulouse, le 1er Aout 1910



PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE, 1

1910

Dr R. DESPLATS

CHEF DU SERVICE D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE
A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ DE LILLE

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
FULGURATION
DANS LE
TRAITEMENT DU CANCER

RAPPORT

Fait au Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences

Tenu a Toulouse, le 1er Aout 1910



PARIS
IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL
L. MARETHEUX, Directeur
1, RUE CASSETTE, 1

1910



RAPPORT

SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA FULGURATION

DANS LE

TRAITEMENT DU CANCER

Le rapport qui me fut confié en 1909 comportait l'étude des *résultats de la fulguration* dans le sens le plus large de ce terme, et j'ai cru devoir passer en revue successivement, d'après les divers avis exprimés, ce que j'appelai les résultats immédiats, les résultats prochains et les résultats éloignés.

Il m'a paru qu'on me demandait cette année un chapitre additionnel au rapport de l'an dernier, dans lequel on désire trouver un exposé aussi bref, aussi clair, aussi impartial que possible, des résultats éloignés de la fulguration, basé sur des cas suffisamment graves et suffisamment anciens, pour ne livrer à la discussion qu'une part aussi faible que possible.

Pour concilier la brièveté avec la clarté, je serai obligé de faire une sélection au milieu des documents que j'ai entre les mains, et cette sélection je l'opérerai *en m'arrêtant exclusivement aux cas anciens de un an ou plus* et en choisissant parmi les cas actuellement guéris ceux qui présentaient *un caractère sérieux de malignité*. J'exposerai, au contraire, sans les sélectionner, tous les cas de récidive locale ou métastatique anciens de un an, indiquant les caractères de la récidive, les points de cette récidive et la durée de la cicatrisation.

Quant aux *cancers bien opérables* et susceptibles de rester cicatrisés après une exérèse suffisamment large, je les *retrancherai volontairement* du cadre de mon rapport, n'ayant nullement pour but de présenter une statistique brillante et des pourcentages aisément trompeurs.

Je dois aussi, en bonne logique, exclure de mon cadre tous les cas pour lesquels le temps chirurgical qui précède la projection des étincelles dans toute fulguration *n'a pas été une exérèse complète de toutes les masses cancéreuses macroscopiques*; je veux pourtant éviter le reproche d'alléger mon rapport des documents les plus défavorables et je prie le lecteur que cette question des cancers anatomiquement

inopérables intéresse de se reporter aux documents que j'ai fait figurer en note (1).

Ces documents me conduisent aux conclusions suivantes :

1° Une plaie contenant des végétations cancéreuses appréciables pourra, sous l'influence de la fulguration, se recouvrir d'un bourgeonnement de bon aspect, tandis que les végétations cancéreuses paraîtront pendant quelque temps comme sidérées, et sous cette double influence on assistera souvent à un début de cicatrisation, parfois à une cicatrisation complète; mais, suivant l'expression de M. Tuffier, la cicatrice ainsi formée ne sera, sauf très rare exception, qu'un *cache-misère* sous lequel le cancer reprendra bientôt son évolution en profondeur.

2° L'action de la fulguration sera, en tout cas, purement locale, et à supposer qu'une exérèse complète ait été pratiquée sur la localisation primitive avant l'étincellage, les localisations secondaires

(1) J'ai pour me documenter sur la méthode palliative par exérèse incomplète : 1° le mémoire de Juge : *Chirurgie du cancer et fulguration*; 2° le mémoire de Keating-Hart : *La fulguration et ses résultats*; 3° quelques notes manuscrites de M. Dubois-Trépagne (Liége); 4° mes documents personnels, soit 70 cas empruntés tant à M. de Keating-Hart qu'à M. Juge, 4 cas de M. Dubois-Trépagne, 14 cas personnels, en tout 88 cas, qui tous sont des cas anatomiquement inopérables du fait des adhérences profondes, de leur étendue, des métastases. Toujours on a eu notion de laisser derrière la curette ou le bistouri une masse cancéreuse plus ou moins importante. Le but à poursuivre dans ces conditions n'est qu'un but palliatif (sédation des douleurs, cessation temporaire des hémorragies ou des écoulements fétides, relèvement passager de l'état général, arrêt d'évolution momentané). Il ne peut être question de guérison. Dans quelle mesure ce but se trouve-t-il atteint?

J'ai trouvé que dans 20 cas de M. de Keating-Hart sur 70 la fulguration pratiquée dans ces conditions n'avait été suivie d'aucun résultat appréciable, et dans 3 cas personnels sur 14 il en fut de même.

Restent 50 cas de Keating-Hart, 11 cas personnels, 4 cas de M. Dubois-Trépagne.

Sur les 50 cas de Keating-Hart, 44 fois il a obtenu un résultat immédiat suivi d'ailleurs d'une évolution plus ou moins rapide de la partie de néoplasme restant.

Dans 20 cas de cancer de l'utérus récidivés ou inopérables, traités par curettage et fulguration, on a obtenu une amélioration passagère (diminution ou cessation des douleurs, pertes et hémorragies moins abondantes) qui a duré dans un cas jusqu'à huit mois.

Dans 8 cas de cancer de la muqueuse buccale ou de la joue très étendus, il a obtenu des cicatrisations partielles ou complètes avec suppression des douleurs, suivies de repullulation dans l'espace de un à trois mois.

Dans 4 cas de cancer du rectum, il a obtenu une fois (obs. 194), après simple curettage suivi de fulguration, une cicatrisation avec amélioration de l'état général qui a duré sept mois.

Une fois, après exérèse incomplète (obs. 475), une cicatrisation suivie de récidive après trois mois.

Une fois une cicatrisation en même temps qu'évolution de métastases hépatiques (obs. 476).

Une fois, après exérèse incomplète d'un cancer ayant envahi la région vésico-prostatique, une cicatrisation de la partie traitée en même temps que le cancer prostatique évoluait.

Un épithélioma commissural à évolution rapide avec envahissement de la

non touchées ne pourront que continuer à évoluer pour leur propre compte.

Corollaire : Le bénéfice plus ou moins aléatoire que peut tirer un cancéreux d'une intervention pratiquée dans ces conditions vaut-il les risques opératoires? C'est affaire de jugement personnel; il me semble, quant à moi, que la série d'observations que je viens de rapporter n'autorise plus à entreprendre de propos délibéré de pareilles interventions qu'exceptionnellement et si les risques opératoires sont très réduits.

J'en arrive à ce qui fait l'objet même de ce rapport, aux cas graves dans lesquels *une exérèse, supposée complète, des masses cancéreuses visibles, a été pratiquée avant la projection de longues étincelles de haute fréquence.*

Je tiens à répondre par avance à une objection préjudicielle qui enlèverait toute valeur critique à ce travail et qui consisterait à dire

joue, fulguré après exérèse incomplète, s'est cicatrisé au point fulguré, mais s'est réensemencé par propagation après deux mois (obs. 32).

Un épithélioma vulvaire traité localement sans exérèse de ganglions envahis a continué à évoluer dans les ganglions (obs. 236).

Un cancer récidivé du sein à évolution rapide, fulguré deux fois après exérèse forcément incomplète, s'est cicatrisé chaque fois, mais en continuant à évoluer dans la profondeur (obs. 290).

8 *sarcomes diversement localisés* (obs. 60, 60 *bis*, 180, 276, 282, 301, 376, 340), mais tous diffus ou récidivés, ont fourni des cicatrisations qui ont duré de un à trois mois, suivies de récidives.

Les 4 cas de M. Dubois Trépagne ont donné les résultats suivants :

3 cancers de l'utérus inopérables traités par curettage et fulguration, et dans lesquels on a obtenu la cessation des hémorragies, des douleurs et relèvement de l'état général.

Un cancer de l'amygdale à marche très rapide récidivé après un mois.

Sur 11 cas personnels restants j'ai obtenu les résultats suivants :

Dans 2 *épithéliomas étendus à toute une moitié de la face* et ayant envahi les os sous-jacents (obs. 11 de mon mémoire *Contribution à l'étude de la fulguration* et obs. 104 personnelle), des cicatrisations encourageantes qui duraient de 1 à 3 mois et qui étaient suivies d'une nouvelle évolution du mal en un point toujours le même, prenant son origine dans les os.

Un épithélioma du conduit auditif à point de départ intracranien, trois fois récidivé, a donné des cicatrisations remarquables dont la plus longue a duré six mois après grattages et fulgurations (obs 60).

Un épithélioma ano-vulvaire très étendu traité par exérèse et fulguration a donné une cicatrisation locale étonnante, mais a continué a évoluer dans les ganglions non extirpés (obs. 54).

Un sarcome de la muqueuse du nez (obs. 21-XVII de mon premier mémoire), traité par curage et fulguration a récidivé six mois après.

Un cancer ganglionnaire étendu de la région du cou (obs. 90), ulcéré en un point et traité en ce point seulement par curage et fulguration, s'est cicatrisé au point traité, mais les ganglions sous-jacents ont continué à évoluer.

2 *cancers du rectum* très accessibles, dont l'un ayant largement envahi les creux ischiorectaux (obs. 6-III de mon premier mémoire et obs. 85), traités par curage et fulguration, ont été suivis d'une amélioration remarquable de l'état général avec augmentation de poids de 6 kilos dans un cas, de 5 kilos dans l'autre, et dans ce dernier cas d'une guérison apparente qui a duré quatre mois.

2 *épithéliomas du sein*, dont l'un (obs. 83) était une ulcération étendue et

que j'ai supprimé au profit de la première catégorie tous les cas qui auraient représenté des insuccès par trop notoires, sous prétexte que ces insuccès trouvent leur explication naturelle dans une exérèse involontairement incomplète.

Il est certain que, parmi les observations qui forment la base de ma critique, l'exérèse supposée complète ne l'a pas toujours été, malgré les recherches minutieuses des chirurgiens, malgré l'étendue de certaines opérations; mais il m'a suffi que cette exérèse ait paru suffisante pour que j'aie classé délibérément une observation dans cette seconde catégorie.

J'ai dit, d'autre part, que je ne ferais pas figurer ici les observations, même anciennes, de cancers bien limités opérés pour la première fois par une chirurgie large, jugeant qu'ils risquent de fausser notre

profonde avec état cachectique et qui s'est cicatrisée après exérèse et fulguration, ce qui n'a pas empêché l'évolution de la cachexie.

Dont l'autre (obs. 15-XIV de mon mémoire) était une troisième récidive métastatique de cancer du sein, qui est restée cicatrisée pendant sept mois et a fait d'autres métastases.

Parmi les 88 cas appartenant à cette première série de malades traités par une exérèse incomplète, 7 seulement ont retiré de leur intervention un bénéfice plus appréciable, dont 6 malades de Keating-Hart.

Obs. 134. — Cancer du sein en cuirasse ulcéré avec nombreuses métastases, avec ganglions sus-claviculaires volumineux, opéré en janvier 1908, qui n'a récidivé qu'après quatorze mois, bien qu'une partie des ganglions sus-claviculaires adhérents aux vaisseaux ait été laissée en place.

Obs. 312. — Cancer du rectum immobile faisant corps avec la prostate; ganglions inguinaux bilatéraux. Cachexie. Douleurs violentes. Exérèse forcément limitée et fulguration le 19 novembre 1908. Cicatrisation parfaite. Fulguration le 25 janvier 1909 d'un petit nodule apparu. Nouveau nodule, fulguré en mai 1909. Légère récidive locale actuelle.

Obs. 378. — Vaste épithélioma vésical du trigone et du col, inopérable. Fulguration le 22 décembre 1908. Curettage de la tumeur qui a pénétré dans le plan musculaire et drainage. Cicatrisation parfaite rapide et sans récidive pendant quatre mois, puis quelques papillomes sur la paroi antérieure fulgurés à nouveau et sans récidive depuis plus de un an.

Obs. 62. — Vaste caverne cancéreuse ayant dévoré la moitié de la face, traitée par curage et fulguration en décembre 1907 (obs. complète publiée dans le mémoire de Juge, *Chirurgie du cancer et fulguration*). Récidives torpides qui ont laissé au malade la possibilité de vivre pendant deux ans.

Obs. 49. — Enorme encéphaloïde du sein gauche traité par la radiothérapie, ulcéré, adhérent aux plans profonds; gros ganglions axillaires. Exérèse très incomplète de ce qu'il est possible d'enlever.

Récidive au bout de deux ans et demi.

Obs. 130. — Epithélioma du sein récidivé sur les côtes, dans l'aisselle et dans la peau du flanc et de l'épaule. A subi deux opérations chirurgicales et un traitement radiothérapique qui l'a un peu amélioré. Au moment de la fulguration, cachexie, bras enflé, douleurs intenses. Fulguration en mars 1906 et en février 1907. Excision incomplète des nodules et de la masse axillaire. Etat de santé parfait depuis deux ans et demi, malgré la présence de petits nodules qui ne paraissent pas enlevables.

Une de mes malades (obs. 81), âgée de quatre-vingt-deux ans, qui présentait un petit épithélioma ulcéreux et anfractueux du plancher de la bouche, a été traitée par moi en avril 1909 par curage et fulguration (opération insignifiante eu égard aux lésions). Elle récidive depuis quatre mois seulement, c'est-à-dire douze mois après l'intervention.

appréciation au profit de la fulguration, et j'ai préféré *baser exclusivement notre jugement* sur les cas qui nous ont été jusqu'ici surtout confiés, les *cancers graves*, entendant par là des cancers récidivés une, deux ou trois fois, des cancers à la limite de l'opérabilité ou inopérables du fait de leur étendue en surface ou en profondeur. A cette règle, pourtant, j'ai fait deux exceptions et j'ai rangé parmi les cancers graves quelques cas de cancer opérables qui ont récidivé malgré la fulguration et aussi quelques cas de cancer opérés par une chirurgie trop conservatrice. En même temps que les cancers opérables, j'ai retranché du cadre de ce chapitre tous les malades cicatrisés, mais perdus de vue un ou deux ans après leur cicatrisation, et aussi toutes les morts opératoires, dont il a été fait mention dans des travaux antérieurs.

Dès lors, ce travail est basé sur *139 observations* empruntées : 1° au mémoire de M. Juge : *Chirurgie du cancer et fulguration* ; 2° au mémoire de M. de Keating-Hart : *La fulguration et ses résultats*; 3° à quelques notes manuscrites de M. Dubois-Trépagne (de Liége) ; 4° à mes documents personnels ; 5° à des notes complémentaires des observations imprimées dues à l'obligeance de M. de Keating-Hart.

Je ne passerai pas toutes ces observations en revue et me contenterai d'insister sur les points les plus intéressants.

I. — **Récidives moins de un an après la fulguration.**

Sur *92 cas* empruntés aux *Mémoires* de de Keating-Hart et de Juge, je trouve *29 récidives* après moins d'un an.

Sur *5 cas* de Dubois-Trépagne que je retiens (parmi les 10 qui figurent sur ses notes) comme présentant des caractères certains de grande malignité, je trouve *1 récidive* après moins d'un an.

Sur *42 cas* personnels, je compte *13 récidives* dans le cours de la première année.

On se posera, au sujet de ces 43 cas de récidive avant un an, quelques questions :

1° *Quelles catégories de cancer ont donné lieu particulièrement aux récidives ?*

Je trouve: *a*) 1 cancroïde de la face ; *b*) 3 cancers térébrants et étendus du visage, dont 2 avaient envahi les os ; *c*) 7 cancers du sein, dont 3 récidivés pour la première ou pour la seconde fois, tous à évolution rapide ; 5 avec ganglions axillaires volumineux; *d*) 1 cancer ano-vulvaire énorme avec ganglions inguinaux ; *e*) 14 cancers de la bouche ou du pharynx, dont 5 n'ont donné que des insuccès complets, les autres des cicatrisations qui n'ont pas dépassé cinq mois ; *f*) 2 cancers du rectum ayant envahi le tissu cellulaire périrectal et la prostate dans un cas, dans l'autre les creux ischiorectaux, récidivés au bout de trois à cinq mois ; *g*) 2 cancers diffus du vagin récidivés après six et sept mois; *h*) 2 cancers végétants de l'utérus traités par amputation du col et restés cicatrisés pendant cinq mois; *i*) 4 cancers ganglion-

naires de la région sous-maxillaire, dont 3 récidives évidentes de cancers de la bouche, récidivés très rapidement ; *j*) un cancer de la glande sous-maxillaire, récidivé quelques mois après dans les ganglions ; *k*) 3 myosarcomes, tous trois récidivés peu de temps après l'intervention chirurgicale, sans résultat appréciable ; *l*) 3 ostéosarcomes. dont 1 a été fulguré sur le moignon après amputation et n'a récidivé que dix mois après, alors qu'un autre malade, qui paraissait dans les mêmes conditions et qui n'a pas été fulguré, a récidivé immédiatement.

2° *En quel point la récidive a-t-elle eu lieu dans ces différents cas ?*

Le cancroïde de la face a fait une récidive *métastatique*, de même que 5 sur 7 des cancers du sein, de même que le cancer de la glande sous-maxillaire.

Dans 2 cas personnels (1 cancer du sillon linguogingival jusqu'au pilier antérieur de l'amygdale et 1 sarcome diffus et récidivé des parties molles de la cuisse), la récidive a pris son point de départ *à côté* de la région opérée et fulgurée.

Dans tous les autres cas, la récidive a été locale, sans qu'on ait spécifié sur les observations en quels points exacts elle a commencé.

3° *Apparaît-il que, dans quelques-uns de ces cas, la fulguration ait procuré quelque bénéfice supérieur à ce qu'aurait pu donner l'opération sans fulguration ?*

Il est particulièrement délicat de répondre à cette question, à propos de cas qui ont récidivé après moins d'un an ; néanmoins, je souligne ici cette remarque de Dubois-Trépagne, qu'un ostéosarcome de la cuisse amputé et fulguré sur le moignon n'a récidivé que dix mois après l'intervention, alors qu'un autre cas superposable (même âge, mêmes lésions, mêmes conditions) a récidivé immédiatement.

II. — **Récidives moins de deux ans après la fulguration.**

Sur 63 cas restants des *Mémoires* de de Keating-Hart et Juge, je trouve *7 récidives* après moins de deux ans. J'en trouve *10* parmi mes 29 cas.

Les 7 récidives de de Keating-Hart ont trait :

1° *A un épithélioma térébrant de l'orbite*, du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde, récidivé un an et demi après l'intervention ;

2° *A un cancer du bord gauche de la langue* et du sillon sublingual avec ganglions sous-maxillaires, qui a récidivé quatorze mois après la fulguration ;

3° *A 5 cancers du sein*, qui tous apparaissaient comme très graves du fait de leur volume, de leur marche rapide, de leurs adhérences profondes, des métastases axillaires, et qui ont récidivé localement après douze, quatorze et seize mois.

Je crois intéressant de rappeler brièvement l'une de ces observations, qui m'est apparue comme particulièrement intéressante.

Obs. 378 du Mémoire de Keating-Hart. — Cancer récidivé du

sein droit. Grosse tumeur axillaire ulcérée. Ganglions sus-claviculaires envahis. Exérèse. Résection de la clavicule. Dissection de l'artère sous-clavière, résection de la veine. Ablation des nodules disséminés dans les muscles du dos. Amputation du sein. Trois jours après, désarticulation du bras pour thrombose de l'axillaire. Cicatrisation très rapide, qui a duré quatorze mois, au bout desquels est apparue une récidive locale légère ; puis mort de cancer de l'estomac. (Chirurgien, M. J.-L. Faure.)

Mes 10 cancers récidivés plus d'un an après la fulguration se répartissent ainsi :

1° *3 cancers du sein*, dont aucun n'a récidivé localement; l'une de mes malades, parfaitement opérable, a fait un cancer de l'estomac dix-sept mois après une intervention classique pratiquée par M. le Prof. Duret, et suivie de fulguration, sans récidive locale.

Une autre, qui avait été considérée huit jours avant mon intervention comme inopérable et qui avait été abandonnée comme telle sur la table d'opération, chez qui nous trouvâmes une infiltration cancéreuse des pectoraux des digitations antérieures du grand dorsal, et chez qui l'on fit une exérèse aussi complète qu'on put la pratiquer, est restée parfaitement cicatrisée jusqu'à sa mort, qui paraît avoir été occasionnée par un cancer méningé, *treize mois après* la fulguration.

La troisième malade qui présentait quatre ou cinq nodules cutanés métastatiques, apparus dix-huit mois après une opération pour cancer du sein, a subi une intervention suivie de fulguration et reste actuellement encore, vingt-six mois après cette intervention, exempte de récidive locale, mais présente des accidents paralytiques, qui semblent attribuables à un cancer méningé.

2° *1 cancer du rectum*, traité par excision au thermocautère et fulguration, a récidivé treize mois après sur place.

1 autre cancer du rectum, étendu à toutes les parois sur une hauteur de 12 à 13 centimètres, avec envahissement du tissu cellulaire péri-rectal, est venu mourir, dix-huit mois après, dans un service de médecine, sans récidive locale apparente, d'accidents urémiques provoqués par un cancer de la prostate comprimant un uretère (trouvaille d'autopsie).

3° *2 épithéliomas térébrants de la peau*, propagés aux os sous-jacents, récidivés quatorze mois après la fulguration, puis grattés et fulgurés de nouveau, sans succès, tandis qu'*un cas très grave d'épithélioma térébrant de l'orbite*, propagé au maxillaire supérieur, à l'ethmoïde, a pu, après treize mois de guérison apparente, être opéré et fulguré quatre fois encore. Il est actuellement, *trente mois* après sa première fulguration, en pleine récidive.

4° *1 épithélioma végétant et volumineux* du cuir chevelu, de la région temporale, du pavillon de l'oreille, qui est resté parfaitement cicatrisé pendant vingt-neuf mois et qui présente actuellement, d'après son médecin, quelques bourgeons suspects.

5° *1 myxosarcome des parties molles de la cuisse*, que j'ai présenté

dans mon rapport de l'an dernier comme un succès datant de dix-sept mois et qui était une récidive d'opération chirurgicale, six mois après cette intervention. La seule ressource qu'on semblait avoir à sa disposition à cette époque était la désarticulation de la hanche, la radiothérapie n'ayant donné aucun résultat. On préféra tenter une nouvelle intervention conservatrice suivie de fulguration et on excisa une tumeur du volume de trois poings, qui s'étendait sous le vaste interne depuis les insertions supérieures jusqu'aux insertions inférieures; dix mois après, on fut amené à faire une intervention complémentaire pour une récidive de bien moindre importance. Cette seconde intervention avait lieu en décembre 1908. La malade récidive depuis janvier 1910, c'est-à-dire vingt-trois mois après la première intervention, treize mois après la seconde, mais la radiothérapie avec filtration parut très active contre ces récidives actuelles, alors qu'elle avait été sans effet autrefois.

L'exposé que je viens de faire des observations de récidive plus d'un an après la fulguration, me paraît mettre en évidence quelques points particulièrement intéressants :

A. On a pu remarquer qu'en ce qui concerne les cancers du sein, *un certain nombre* (3 sur 3 dans ma statistique porsonnelle ont donné lieu *à des récidives métastatiques*, sans présenter de récidives locales; nous avions noté ce même phénomène à propos des récidives plus rapprochées de la fulguration. On sait, d'autre part, qu'à la suite des travaux de Handley, la tendance actuelle est d'admettre que le cancer du sein se propage par perméation, c'est-à-dire par progression, le long des petits vaisseaux lymphatiques, tandis qu'un processus de sclérose apparaît autour du lymphatique atteint par la perméation et arrive habituellement à détruire le cylindre très fragile des cellules cancéreuses qui y sont logées ; mais cette sclérose péri-lymphatique ne poursuit pas la perméation avec une rapidité suffisante pour rejoindre le bord de prolifération microscopique, et elle est nécessairement insuffisante comme moyen de défense. Si la fulguration provoque artificiellement une sclérose, comme tous les travaux cités dans mon rapport de l'an dernier tendent à le faire admettre, nous arrivons peut-être, dans certains cas, à étouffer ce bord de prolifération microscopique et à arrêter la perméation, tandis que dans d'autres la sclérose ne rejoint pas le bord de prolifération, déjà trop éloigné, et la récidive, entravée sur place, peut se continuer au loin par perméation.

B. Je n'hésite pas à dire que la fulguration paraît avoir donné, dans un grand nombre de cas de récidive que je viens de citer, des résultats très supérieurs à ce qu'on était en droit d'attendre d'une intervention chirurgicale; si l'on avait cru pouvoir compter sur une survie de près de trois ans dans le cas de myxosarcome, dans l'épithélioma térébrant de l'orbite que j'ai cités et dans bon nombre d'autres cas, croit-on que l'on aurait hésité à les faire bénéficier de l'intervention chirurgicale? De semblables cas ont paru intéressants,

quand nous les présentions cicatrisés, cinq ou six mois après la fulguration, parce qu'une cicatrisation obtenue dans ces conditions semblait étonnante; *le sont-ils moins quand nous venons dire, deux ans plus tard, que cette cicatrisation a duré plus d'un an* et que les récidives n'ont pas eu la malignité qu'on en pouvait attendre?

III. — **Récidives après deux ans et plus.**

M. de Keating-Hart me dit avoir observé 4 cas de récidive après deux ans et plus, savoir :

Obs. 3. — *1 épithélioma pavimenteux de la peau*, ayant pénétré l'os frontal jusqu'à la table interne, qui a fait une légère récidive après deux ans et demi.

Obs. 96. — *1 épithélioma récidivé du nez*, ayant atteint les cartilages, fulguré le 17 juin 1907, qui est resté guéri pendant deux ans et demi et a été retouché pour une légère récidive il y a peu de temps. Il est d'ailleurs de nouveau parfaitement cicatrisé.

Obs. 166. — 1 *épithélioma récidivé de l'angle du nez*, qu'il a fallu retoucher deux ans après la cicatrisation.

Obs. 20. — *1 cancer de la face antérieure du rectum* à évolution rapide, dont le bord supérieur était inaccessible au toucher, qui, étincelé une première fois le 30 octobre 1906, une deuxième fois le 27 novembre 1906, a dû subir depuis deux retouches pour des récidives, la dernière le 21 février 1909.

Personnellement, je ne possède qu'une observation de récidive postérieure à la deuxième année de cicatrisation, c'est ce malade atteint de *cancer térébrant de l'orbite* ayant envahi le sinus maxillaire et le nez, dont j'ai publié l'observation avec photographies, qui, après être resté parfaitement cicatrisé pendant deux ans, a récidivé deux fois en huit mois.

Je n'insisterai pas sur ces cinq observations, qui me paraissent corroborer l'opinion que je viens d'émettre relative à la supériorité de ces résultats sur ceux qu'on pouvait attendre d'une exérèse pure et simple. Les cinq malades dont il vient d'être fait mention vivent encore, ils sont actuellement cicatrisés, ils possèdent un bon état général. Dira-t-on que la fulguration ne leur a pas rendu service?

IV. — **Guérisons datant d'un an et plus.**

Les Observations de de Keating-Hart correspondant à cette catégorie sont au nombre de *24*; si je déduis 8 cancers du sein et 2 cancers de la lèvre inférieure, qui m'ont paru avoir été opérés dans des conditions chirurgicales suffisantes pour que je ne veuille pas les faire rentrer dans mon cadre.

Les observations dont il va être fait état sont les observations :

471, 481, 493, 512, 26, 424, 440, 496, 7, 258, 460, 494, 292, 390, 483, 484, 492, 511, 278, 370, 505, 516, 426 de son mémoire.

Ceux qui veulent connaître tous ces cas avec quelques détails pourront se reporter aux sources; pour moi, je m'efforcerai de donner une idée aussi exacte que possible des différentes formes en insistant d'une façon spéciale sur quelques observations typiques.

1° *Huit de ces observations* ont trait à des épithéliomas dont le point de départ fut *la peau*, mais qui se propagèrent pour la plupart dans la profondeur, telle l'observation suivante :

Obs. 26. — Une femme de soixante ans portait depuis vingt ans sur la région frontale, au point même où s'est développée la tumeur actuelle, un kyste sébacé qui fut opéré onze ans après son apparition et se reforma un an après. Dans le courant de l'année 1906 elle reçut un coup violent sur ce kyste, qui paraît avoir été le point de départ du développement de la tumeur actuelle, constituée par une masse charnue grumeleuse ulcérée, de 18 centimètres de longueur sur 4 de largeur, entourée d'une ulcération large de 7 à 8 centimètres, qui met à nu et intéresse même le frontal jusqu'au diploé.

Deux chirurgiens des hôpitaux de Marseille ont refusé de l'opérer à cause de l'étendue des lésions.

Première fulguration le 5 janvier 1907, suivie de curage. En deux mois, cette vaste surface était cicatrisée et la malade jouit depuis lors d'un état de santé parfait; mais treize mois après, *le 13 février* 1908, comme elle présentait au milieu de la cicatrice un petit nodule suspect, il fallut pratiquer une retouche, exécutée par le Dr Juge, suivie de fulguration par de Keating-Hart. Au bout d'un mois la plaie, longue de 4 centimètres, large de 1 centimètre, est cicatrisée.

Le 21 février 1909, il a fallu une nouvelle et légère retouche dans les mêmes conditions, et *depuis dix-sept mois* la malade reste parfaitement cicatrisée. Je la range parmi les cicatrisations datant de moins de deux ans, mais il est intéressant de noter que les récidives ont affecté une allure beaucoup plus bénigne que la tumeur primitive. (Examen histologique : épithélioma pavimenteux lobulé.)

2° *Trois observations* (en dehors des 8 dont je préfère ne pas tenir compte) ont trait à des *cancers du sein* à allure très maligne et dont l'un est une récidive axillaire volumineuse; ces trois malades sont guéries respectivement depuis un an et quatre mois, un an et dix mois, un an et quatre mois.

3° Parmi 6 cas de *cancers des muqueuses de la bouche* guéris depuis un an et trois mois, un an et huit mois, un an et sept mois, un an et trois mois, un an et trois mois, un an et deux mois, je signalerai à titre d'exemple :

Obs. 292. — Un malade de soixante-cinq ans, atteint de cancer de la langue et du plancher avec volumineux ganglions sous-maxillaires, opéré par le Prof. Quénu et le Dr Duval le 3 novembre 1908 et fulguré par de Keating-Hart, sans récidive depuis cette époque (un an et huit mois).

4° 1 observation a trait à *un cancer annulaire du rectum* adhérent et sans récidive depuis quatorze mois ; une autre à un *cancer du rectum fixé au sacrum* déclaré inopérable, traité par curettage et morcellement par les voies naturelles et cicatrisé depuis vingt-deux mois.

5° 1 observation se rapporte à un énorme *lymphosarcome cervical* à marche rapide, fixé sur les plans profonds, déclaré inopérable et opéré cependant par morcellement (Dr Tuffier) au milieu des vaisseaux et des nerfs. Guérison depuis un an et huit mois.

6° 4 observations sont celles de sarcomes osseux volumineux (dont 3 récidivés) et qui restent cicatrisés depuis dix-huit mois, treize mois, quatorze mois, dix-sept mois.

L'un de ces cas est le suivant : *Obs. 505* : Énorme sarcome récidivé du pubis gauche, ayant envahi la cavité abdominale et le pubis droit. Fulguration le 8 mai 1909. Ablation de la cuisse par résection des vaisseaux fémoraux. Large brèche péritonéale. Ouverture de l'articulation coxofémorale. Réparation parfaite et rapide. Deuxième fulguration le 17 juin au-dessus de la veine et sur le pubis droit, qui est simplement curetté. Sans récidive depuis treize mois, sauf petits nodules retouchés près de la cicatrice.

Les 4 cas de M. Dubois-Trépagne (de Liége) que j'ai conservés (sur 10 qui figurent dans son travail manuscrit) ont trait à :

1 cancer du sein récidivé, opéré et fulguré le 26 avril 1909 et guéri depuis cette époque.

1 récidive ganglionnaire chez un homme opéré deux ans auparavant pour cancer de la verge, fulguré le 12 juin 1909 et restant cicatrisé depuis lors.

1 sarcome du triangle de Scarpa récidivé, fulguré le 26 mars 1909 et cicatrisé depuis seize mois.

1 sarcome de la cuisse dont l'histoire est à retenir. Débuts en 1904 : première intervention chirurgicale le 12 juin 1908, suivie de récidive quinze jours après l'intervention ; deuxième intervention le 3 février 1909, suivie de récidive un mois après ; troisième intervention avec fulguration le 28 avril 1909 et qui n'est pas suivie de récidive quinze mois après l'opération.

Mes 10 cas personnels, dont la cicatrisation remonte à plus d'un an, sont :

1° *2 épithéliomas de la peau* restés cicatrisés dix-neuf et vingt-quatre mois après l'intervention ;

2° *3 cancers du sein* (non compris 4 cas que je ne fais pas rentrer dans le cadre de mon rapport), dont 2 récidivés et qui sont cicatrisés depuis quatorze, seize et dix-neuf mois.

L'un de ces cas (obs. personnelle 77) a trait à une femme opérée largement en juillet 1908 avec curage de l'aisselle pour un volumineux cancer du sein et qui présentait au mois de mars 1909 une récidive importante sur la paroi interne de l'aisselle et une autre métastase au sommet de l'aisselle, adhérente à l'artère et à la veine

axillaires. L'opération fut très laborieuse et forcément limitée; il fallut sculpter l'artère et la veine axillaires enchâssées dans la masse cancéreuse. La malade reste cependant cicatrisée seize mois après cette intervention (1).

3° *1 volumineux sarcome ulcéré des parties molles du mollet* (obs. personnelle 200) qui a récidivé après deux interventions chiurgicales et qui reste guéri *depuis treize mois* après exérèse large pratiquée par M. le Prof. Duret, suivie de fulguration.

1 sarcome de la région interne de l'avant-bras (obs. personnelle 69) du volume d'un œuf de dinde, opéré un an et demi auparavant sans cicatrisation ; opéré de nouveau assez largement par M. le Prof. Duret et fulguré par moi-même ; cicatrisé *depuis dix-huit mois*.

4° *1 épithélioma de la lèvre* (obs. 74) étendu d'une commissure à l'autre et adhérent au maxillaire inférieur, dont j'ai présenté l'an dernier les photographies aux membres du Congrès, avant l'opération et après la cicatrisation, qui reste guéri depuis dix-huit mois.

5° *1 énorme cancer du maxillaire inférieur* (obs. personnelle 37), dont mon maître le Prof. Duret a publié l'an dernier la relation détaillée et impressionnante (2), qui reste parfaitement cicatrisé *depuis vingt-deux mois* avec un état de santé florissant.

Je rappelle seulement qu'il s'agissait d'un cancer étendu à toute la partie gauche du maxillaire, ayant envahi la muqueuse jusqu'au pilier antérieur de l'amygdale d'une part, et d'autre part jusqu'au milieu du plancher de la bouche, tandis que la peau de la joue de la région sous-maxillaire était distendue par la tumeur et épaissie, infiltrée jusqu'à la région de la nuque, en arrière, jusqu'à la région temporale, en haut.

Il s'agissait d'un épithélioma malpighien lobulé diffus.

6° *1 épithélioma volumineux du prépuce* formant une végetation au devant du méat urinaire et traité par simple circoncision suivie de fulguration de la tranche, qui reste cicatrisé depuis vingt-deux mois.

Voilà donc une série de 37 cancers graves ou très graves diversement localisés qui depuis treize à vingt-quatre mois sont restés cicatrisés. Il y a là un bénéfice appréciable qu'il ne me paraît guère possible de mettre en doute, et a supposer même que dans un an tous ces cancers aient récidivé, il n'en resterait pas moins qu'une survie importante leur a été donnée. Reste à savoir si cette survie sans récidive eût pu leur être donnée en l'absence de fulguration. Cela paraît peu probable quand on considère que la plupart de ces cas représentaient des récidives, souvent rapides, d'interventions chirurgicales et que d'autres avaient été considérés comme inopérables par divers chirurgiens.

(1) Au moment où je corrige les épreuves, cette malade présente une récidive métastatique sus-claviculaire et une métastase dans l'aisselle du côté opposé. Il n'y a pas eu de récidive sur place.

(2) Voir *Archives d'Electricité Médicale*, 25 août 1909.

V. — Guérisons datant de deux ans et plus.

Je trouve 22 cas de Keating-Hart et Juge rentrant dans cette catégorie, dont :

1° 9 *cancers* ayant pris leur point de départ à la peau, parmi lesquels 6 étaient devenus des cancers térébrants (obs. 59, 207, 218, 54, 82, 98, 178, 220, 226) cicatrisés depuis deux ans et dix mois, deux ans et cinq mois, deux ans et un mois, deux ans et dix mois, deux ans.

J'ai cru devoir faire figurer parmi ces cas non récidivés l'observation 54 qui me paraît particulièrement intéressante, quoiqu'il y ait eu une légère récidive au maxillaire supérieur retouchée en décembre 1909. On jugera de l'intérêt de cette observation par le résumé suivant :

Obs. 54. — Mme L..., cinquante-huit ans, portait depuis six ans une petite lésion épithéliomateuse de l'angle interne de l'œil qui finit par l'inquiéter parce qu'elle gagnait les paupières; elle alla consulter le Dr Perrin, dermatologiste à Marseille, qui déclara qu'il y avait lieu d'intervenir le plus vite possible chirurgicalement. Le Dr Longe, chirurgien des hôpitaux, à qui on demanda d'opérer, s'y refusa à cause du grand délabrement qu'il y avait lieu de faire, et pendant dix-huit mois la malade fut traitée sans succès par les rayons X; avant la radiothérapie, l'ulcération avait la largeur d'une pièce de 5 centimes, couvrait l'angle interne de l'œil et débordait sur le nez et les paupières.

Au bout de dix-huit mois, la malade fut adressée au Dr Pantaloni, qui déclara qu'une opération serait sans aucune utilité à cause de l'extension des lésions en profondeur.

Pendant un an, la malade est complètement abandonnée et les lésions évoluent au point que le 7 septembre 1907 l'état est le suivant : *Les deux paupières sont complètement dévorées par les bourgeons cancéreux, l'œil est réduit à un petit moignon déjeté en dehors et un sillon profond se creuse entre lui et le nez.*

C'est à ce moment que la malade est confiée à M. de Keating-Hart, qui fulgure avec le Dr Raynaut, lequel pratique l'énucléation de l'œil. Le 28 décembre, opération complémentaire par le Dr Juge pour extirper une portion osseuse (masse latérale de l'ethmoïde envahie). Chacun de nous a pu voir les photographies de cette malade cicatrisée et constater que l'orbite est absolument comblé par un tissu cicatriciel recouvert de peau saine. En décembre 1909, cette malade a pourtant présenté une petite récidive dans la région sous-maxillaire qui a donné lieu à une retouche suivie de fulguration.

J'ai tenu à citer cette observation avec quelques détails pour qu'on n'objecte pas que sur 22 cas restés guéris après deux ans et plus 9 sont des cancroïdes de la peau, donc des cancers essentiellement bénins, qui guérissent par n'importe quelle médication.

2° *4 cancers graves du sein* (obs. 5, 124, 168, 184) guéris depuis

deux ans, deux ans et huit mois, deux ans, deux ans et un mois, et 1 cancer du sein opéré par une chirurgie conservatrice (obs. 272).

Voici, à titre d'exemple, le résumé de l'*observation 272*, qui représente un type d'opération conservatrice :

M[lle] D..., soixante-seize ans. Maladie de Paget ayant pénétré jusqu'à la glande. Épithélioma pavimenteux. Fulguration le 18 juillet 1908. Excision par le D[r] Tuffier, dont le bistouri suit le tour à 5 millimètres de distance en conservant la plus grande partie du sein. Un ganglion axillaire n'est pas poursuivi. Guérison parfaite depuis deux ans.

3° Obs. 74 de Keating-Hart. — *Un vaste épithélioma du plancher de la bouche* (1) ayant envahi le maxillaire inférieur, la glande sous-maxillaire et le ganglion précarotidien gauche ulcéré. Exérèse par le D[r] Juge et fulguration le 3 octobre 1907. L'exérèse a été faite au plus près : ablation aux ciseaux des masses malades uniquement, curettage du rebord alvéolaire du maxillaire, qui n'est pas réséqué. Sans récidive depuis deux ans et neuf mois.

4° *2 épithéliomas de la commissure des lèvres* traités par une exérèse conservatrice, limitée au seul pourtour des lésions et guéris depuis deux ans et neuf mois, deux ans et sept mois (obs. 64 et 122) (2).

5° *1 vaste épithélioma ulcéré de la joue gauche* partant de la commissure jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. Les ganglions et les glandes sous-maxillaires sont envahis. Exérèse des masses au plus près. Guérison depuis deux ans et deux mois.

6° *3 cas de sarcome*, dont 1 épulis de la mâchoire supérieure traité par curage et fulguration (obs. 88) et guéri depuis deux ans et neuf mois. Le sarcome mélanique du front guéri depuis deux ans et deux mois (obs. 210).

1 sarcome intra-nasal *récidivé* du vomer traité par curage et étincellage, et cicatrisé depuis deux ans et un mois.

Je possède 8 observations de cancers graves ou récidivés fulgurés par moi la première année où j'appliquai la méthode et qui n'ont pas récidivé depuis. Ils se décomposent ainsi :

1° *2 cas de tumeur du sein*, dont l'un était une volumineuse tumeur récidivée trois ans après l'intervention chirurgicale et a été reconnue d'ailleurs à l'examen histologique pour un adénome kystique de la mamelle. Cicatrisation datant de vingt-huit mois (obs. 29) (chirurgien, Prof. Faucon). L'autre (obs. 19) était une deuxième récidive de cancer du sein seize mois après la première intervention se présentant sous la forme de trois gros nodules sous-cutanés. Cette malade reste cicatrisée depuis deux ans et quatre mois, en parfait état général (chirurgien, Prof. Faucon).

2° *1 cancer de la partie postéro-supérieure de la cuisse* (3), sessile, largement ulcéré, suintant un liquide roussâtre et fétide, adhérant

(1) Relation complète dans le Mémoire de Juge.

(2) Voir *Ibid.*

(3) Voir mon Mémoire : « Contribution à l'étude de la fulguration », in *Archives d'Electricité Médicale*, 10 novembre 1908.

aux muscles de la région postérieure de la cuisse. L'exérèse a dépassé de 1 centimètre les lésions, puis on a pansé à plat la plaie opératoire, large comme 10 centimètres dans ses deux diamètres. Cicatrisation depuis deux ans et trois mois (chirurgien, Prof. Camelot).

3° *1 branchiome inopérable de la parotide* (obs. 9), dont j'ai présenté l'observation détaillée avec M. le Prof. Duret au Congrès de chirurgie en 1908 (1) et qui reste cicatrisé avec un parfait état général depuis *deux ans et cinq mois.*

Cette malade, qui paraît avoir entraîné, quand nous l'avons présentée au Congrès de chirurgie, la conviction de beaucoup de chirurgiens, présentait le 3 février 1908, au moment où elle nous fut confiée, une tumeur de la région parotidienne grosse comme deux poings, ulcérée, suintante, partout adhérente, qu'un grand nombre de chirurgiens, entre autres M. le Prof. agrégé Walther, avaient refusé d'opérer à une époque où elle n'avait pas encore atteint le volume actuel. Cette tumeur fut extirpée par morcellement, puis je fulgurai la plaie opératoire à deux reprises différentes, une première fois le jour même, une seconde fois le 25 février, après un léger curage parce qu'on remarquait quelques petits bourgeons cancéreux. Cette plaie, grande comme la paume de la main, se cicatrisa d'ailleurs dans l'espace de deux mois.

4° *Une deuxième récidive de cancer de la vulve* (obs. 23) étendue depuis la région préanale jusqu'au pubis, opérée et fulgurée le 7 mai 1908, et qui reste cicatrisée depuis deux ans et trois mois.

5° *1 cancer du col de l'utérus récidivé sur le dôme vaginal* (obs. 11), neuf mois après hystérectomie abdominale sous forme de végétation grosse comme une noix, traité par curettage et fulguration (2) et cicatrisé depuis deux ans et cinq mois (chirurgien, Prof. Camelot).

6° *1 sarcome à myéloplaxes du maxillaire supérieur* (obs. 3) (3), ayant nécessité la résection du maxillaire, récidivé six mois après sur le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. Alors que le chirurgien déclarait la résection du maxillaire inférieur nécessaire, on se contenta de réséquer le rebord alvéolaire et de fulgurer. Cicatrisation datant de deux ans et sept mois.

7° *1 lymphosarcome du cou* très volumineux (obs. 8) définitivement cicatrisé depuis deux ans, après quatre interventions suivies de fulguration pour des récidives successives.

VI. — Guérisons datant de trois ans et plus.

C'est à de Keating-Hart seulement que je puis emprunter des guérisons aussi lointaines qui datent de la période des premiers essais.

Je retrouve cinq observations de guérison remontant à cette époque.

(1) Voir aussi Société des Sciences médicales de Lille, mai 1908.
(2) Voir mon Mémoire : « Contribution à l'étude de la fulguration » (*loc cit.*, obs. XV).
(3) Voir *Ibid.*

1° Obs. 58 *bis*. — Épithélioma très étendu et végétant du nez et des paupières (1), traité par simple curage et fulguration, guéri depuis trois ans et deux mois.

2° Obs. 59. — Épithélioma de l'angle du nez, cicatrisé par la radiothérapie, puis rapidement récidivé et traité alors par simple curage et fulguration. Guéri depuis trois ans.

3° Obs. 42. — Volumineux cancer ulcéré du sein, adhérent aux os. État cachectique. Large exérèse par le Prof. Maurras le 12 avril 1907, suivie d'étincellage. Guérison depuis trois ans et trois mois.

4° Obs. 18. — Épithélioma gingival développé sur une ancienne grosse molaire et propagé au maxillaire supérieur gauche jusque dans le sinus. Trois fulgurations (15 janvier, 18 mars, 19 avril). Curettage par le Dr Aynard, de Marseille. Guérison depuis trois ans et trois mois.

5° Obs. 68. — Petit épithélioma pavimenteux développé dans le sillon gingivo-labial inférieur, du volume d'un haricot. Fulguration en janvier 1907. Curettage insuffisant. Récidive au bout de deux mois. Retouche avec curettage plus énergique en mai 1907. Guérison depuis trois ans et deux mois.

VII. — **Conclusions.**

Sur 139 observations de malades fulgurés depuis un à trois ans et plus pour cancers graves ou opérés par une chirurgie notoirement insuffisante, nous avons donc trouvé :

43 récidives avant la fin de la première année.
17 récidives entre la première et la deuxième année.
5 récidives après deux ans.
38 guérisons datant d'un an et plus.
30 guérisons datant de deux ans et plus.
5 guérisons datant de trois ans et plus.

Soit 65 récidives contre 73 guérisons ; encore dois-je faire remarquer à nouveau que toutes les récidives ont été classées comme telles dans mon rapport, tandis que j'ai supprimé les cancers parfaitement opérables avec chance de guérison et opérés par une chirurgie large quand ils n'ont pas récidivé.

Mais j'estime que ces chiffres ne nous apportent pas grand enseignement et que c'est *en pesant* les faits beaucoup plus qu'en *les comptant*, qu'on arrivera à se former une conviction.

1° *Faut-il s'étonner que parmi les cancers très graves confiés à la fulguration, une proportion considérable* (43 sur 139) *n'ait pas paru bénéficier d'une façon appréciable de la fulguration*?

(1) Voir les photographies et l'observation détaillée dans le mémoire de Juge.

Non, assurément, d'autant mieux qu'il est toujours difficile au chirurgien d'affirmer dans ces cas qu'il a fait une exérèse complète de toutes les masses cancéreuses, comme au fulgurateur qu'il a étincellé soigneusement tous les points de la plaie opératoire.

J'ai fait remarquer, d'autre part, qu'un certain nombre parmi les malades qui nous ont été confiés ont fait des récidives métastatiques, ce qui semble indiquer que la généralisation avait commencé chez eux avant l'intervention chirurgicale.

2° *Faut-il considérer les 22 malades qui ont récidivé de un à trois ans, après la fulguration, comme n'ayant pas bénéficié de la méthode?*

Ceux qui voudront bien relire mon paragraphe II (B seront, je crois, convaincus du contraire.

3° *Enfin, doit-on regarder tous les malades guéris depuis un an, deux ans, trois ans, comme définitivement guéris?*

Non; mais les 72 malades qui appartiennent à cette catégorie ou bien ont subi des opérations moins graves que ce qu'on était habitué à considérer comme nécessaire (exemple : obs. 58 *bis*, De Keating-Hart; obs. 21, ob. 3, personnelles, etc., etc.), ou bien ont été opérés malgré tous les avis contraires (exemple : obs. 9 personnelle, obs. 74 De Keating-Hart, obs. 54 De Keating-Hart, obs. 37 personnelle, etc., etc.), et sont aujourd'hui cicatrisés et en bon état général; n'est-ce point là un résultat appréciable à mettre à l'actif de la fulguration?

Si cette méthode a été très décriée dans ces derniers temps, j'y vois, pour ma part, une réaction presque fatale après les enthousiasmes exagérés du début. On a voulu des conclusions rapides, et ces conclusions ont été établies sur des résultats nécessairement mauvais, puisqu'on s'était adressé aux cas les plus graves, à des malades abandonnés depuis longtemps par la chirurgie. C'était procéder à l'inverse de ce que l'on fait ordinairement, quand on veut expérimenter une méthode thérapeutique nouvelle, et il eût été préférable de s'adresser à des cas moins désespérés où la méthode pouvait être appliquée régulièrement, quitte à ajourner les conclusions définitives.

Après trois ans d'expérience, je conclus comme je conclus après un an : ***la fulguration élargit considérablement le champ de la chirurgie, en lui donnant des chances sérieuses de succès là où elle n'osait plus intervenir.*** *Et je réponds nettement à la question que j'avais laissée en suspens depuis deux ans :* ***elle donne au malade des chances de non-récidive prolongée supérieures à celles que donne la chirurgie abandonnée à elle-même.***

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 5504.